



Ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией

Э. Н. Платошкин¹, С. Л. Ачинович²

¹Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

²Гомельский областной клинический онкологический диспансер, г. Гомель, Беларусь

Резюме

В статье представлен клинический случай редкого заболевания — ангиолимфоидной гиперплазии с эозинофилией (АЛГЭ). Когда-то считавшиеся разными стадиями одной болезни, АЛГЭ и болезнь Кимуры теперь рассматриваются как разные заболевания. Своевременная постановка диагноза и адекватное лечение имеют важное значение для прогноза.

Ключевые слова: ангиолимфоидная гиперплазия, эозинофилия, болезнь Кимуры

Вклад авторов. Платошкин Э.Н.: концепция актуальности планируемой статьи, обсуждение клинических проявлений, обзор литературы по данной теме, редактирование, утверждение рукописи для публикации; Ачинович С.Л.: сбор материала по клиническому случаю, анализ морфологических данных, участие в подготовке текста статьи.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Платошкин ЭН, Ачинович СЛ. Ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией. Проблемы здоровья и экологии. 2025;22(3):153–157. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2025-22-3-16>

Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia

Eric N. Platoshkin¹, Siarchei L. Achinovich²

¹Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

²Gomel Regional Clinical Oncological Dispensary, Gomel, Belarus

Abstract

The article presents a clinical case of a rare disease - angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. Once considered to be different stages of the same disease, angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia and Kimura's disease are considered as different diseases now. Timely diagnosis and adequate treatment are essential for prognosis.

Keywords: angiolymphoid hyperplasia, eosinophilia, Kimura's disease

Author contributions. Platoshkin E.N.: the concept of the relevance of the planned publication, discussion of clinical manifestations, review of publications on the topic of the article, editing, approval of the manuscript for publication; Achinovich S.L.: collection of material on a clinical case, analysis of morphological data, preparation of the text of the article.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study was conducted without sponsorship.

For citation: Platoshkin EN, Achinovich SL. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. Health and Ecology Issues. 2025;22(3):153–157. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2025-22-3-16>

Введение

Первое упоминание об АЛГЭ относится к 1937 г. и принадлежит китайским врачам Н. Т. Кимм и С. Szeto., назвавшим ее «гиперпластической эозинофильной гранулемой». В 1948 г. Т. Kimura, S. Yoshimura и E. Ishikawa описали это заболевание как «необычный гранулематоз, сочетающийся с гиперпластическими изменениями в лимфоидной ткани и эозинофилией». С тех пор

эту нозологическую форму стали называть «болезнь Кимуры». В 1969 г. G. S. Wells и J. Whimster описали клинико-морфологически сходное с болезнью Кимуры заболевание, дав ему название «подкожная ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией» [1, 2].

Ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией (синоним — эпителиоидная гемангиома) обычно выявляется в виде внутрикожных узел-

ков и подкожных узлов. Хотя заболевание может развиваться в любом возрасте, оно чаще диагностируется во 2-й и 3-й декаде жизни. Мужчины болеют чаще женщин в соотношении 3:1. Локализуется новообразование преимущественно в области головы и шеи, часто с наличием регионарной лимфаденопатии. В процесс могут вовлекаться слюнные железы, орбитальная область, веки, нёбо, глотка, подмышечные лимфоузлы, верхние конечности. В периферической крови обычно выявляется эозинофилия. Заболевание регрессирует спонтанно очень редко. В настоящее время АЛГЭ рассматривается как реактивный гиперпластический ответ на повреждение артерии или вены, при этом часто выявляется наличие артерио-венозного шунта [3–5].

Ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией — редко встречающаяся патология. В Республике Беларусь до настоящего времени был описан один клинический случай АЛГЭ у 80-летней женщины, которую наблюдали дерматологи по поводу типичных для этого заболевания проявлений (зудящие узелковые высыпания на коже головы с реактивной лимфаденопатией). Окончательный диагноз был установлен после патоморфологического исследования удаленной опухоли. Причем тогда авторы публикации, как и большинство российских и украинских исследователей, рассматривали АЛГЭ и болезнь Кимуры как стадии одной болезни, т. е. как синонимы одной нозологической формы [5].

В настоящее же время большинство исследователей рассматривают АЛГЭ и болезнь Кимуры как разные заболевания. Болезнь Кимуры — доброкачественное заболевание, но склонно к рецидивам. АЛГЭ редко, но может переходить в злокачественную форму. В некоторых случаях встречается сочетание АЛГЭ и периферической неспецифической Т-клеточной лимфомы кожи, поэтому пациентам рекомендуется диспансерное наблюдение в течение всей жизни и для исключения злокачественной трансформации должны проводиться повторные биопсии по мере необходимости. Клинически и гистологически АЛГЭ необходимо дифференцировать с саркомой Капоши, пиогенной гранулемой, выбухающей дерматофибросаркомой, эозинофильной гранулемой, гемангиоэндотелиомой, ретикулогистиоцитомой, лимфомой, реактивной лимфаденопатией, доброкачественной лимфаденоплазией кожи и др., что возможно на основании тщательного морфологического исследования (в том числе иммуногистохимического) и длительного динамического наблюдения [6–11].

Случай из клинической практики

Пациент М., 34 года, обратился в Гомельский областной клинический онкологический диспан-

сер в феврале 2023 г. с жалобами на опухоль в правой затылочной области, которая медленно увеличивалась в течение 5 лет. Кожных высыпаний, жалоб на болезненные ощущения или кожный зуд, реактивной лимфаденопатии не было отмечено. Семейный анамнез не отягощен. Из перенесенных заболеваний — сезонные вирусные респираторные инфекции. При осмотре со стороны полости рта, глотки, гортани — без опухолевого роста; пальпаторно лимфатические узлы шеи не определялись. В правой затылочной области пальпировалась округлая пульсирующая смещаемая опухоль размером до 4 см. В связи с неоднозначными результатами выполненной пациенту компьютерной томографии (подозрение на прорастание новообразования в правый поперечный синус) с предположительным диагнозом «Артерио-венозная мальформация затылочной области, образование правого поперечного синуса» пациенту была рекомендована консультация в Республиканском научно-практическом центре неврологии и нейрохирургии. Пациент был госпитализирован, дообследован (компьютерное рентген-контрастное исследование не подтвердило прорастание образования в синус головного мозга), и в апреле 2023 г. ему было удалено подкожное образование затылочной области справа.

В общем анализе крови перед операцией: гипохромия эритроцитов (эритроциты — $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 115 г/л) и эозинофилия (эозинофильных лейкоцитов — 15 % при нормальном общем количестве лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов — 10 мм/ч). На следующий день после операции отмечено снижение эозинофилов в общем анализе крови до 2 %, общее количество лейкоцитов — $4,85 \times 10^9/л$, скорость оседания эритроцитов — 4 мм/ч.

Макропрепарат: узел красно-коричневого цвета диаметром 2,5 см, плотный. При исследовании гистологических препаратов: эпидермис с участками акантоза в глубоких отделах дермы с распространением на жировую клетчатку. В строме пролиферация капилляров с диффузной инфильтрацией из лимфоцитов, гистиоцитов, эозинофильных гранулоцитов, единичных плазматических клеток, отложением муцина. Определяются множественные неправильно сформированные толстостенные сосуды, выстланные отечными эндотелиальными (эпителиоидными) клетками, имеющими крупные ядра, обильную эозинофильную цитоплазму, в некоторых клетках содержатся вакуоли. В стенках сосудов содержится гладкомышечный компонент и избыток муцина. Вокруг лимфоидных инфильтратов и пролиферирующих сосудов определяется эозинофильная инфильтрация (рисунок 1).

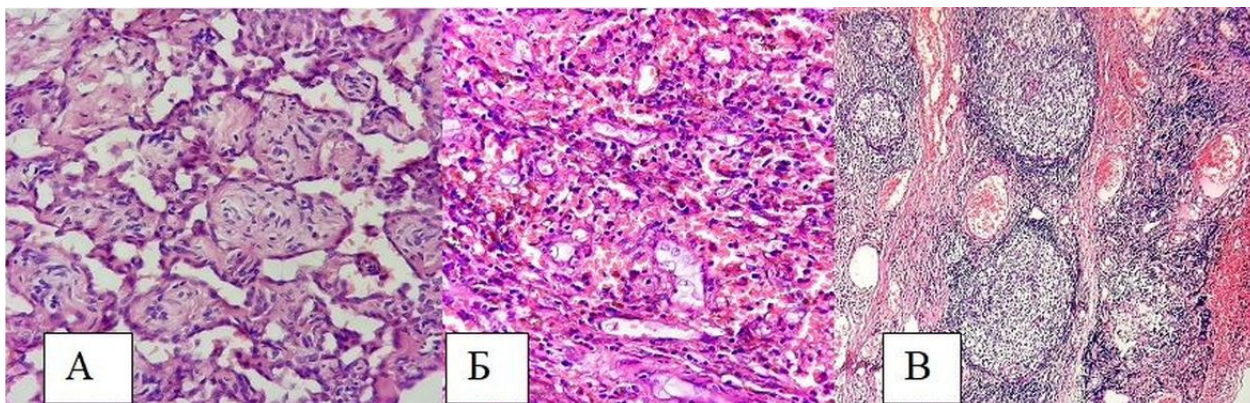


Рисунок 1. Проплиферация сосудов в очаге поражения с полиморфноклеточной инфильтрацией стромы:

А — инфильтрация стромы лимфоцитами, гистиоцитами, эозинофильными гранулоцитами.

Определяются неправильно сформированные сосуды с отеком эндотелием. Окраска: гематоксилин-эозин.

Увеличение: $\times 400$; Б — неправильно сформированные сосуды выстланы крупными отеками эндотелиоцитами.

Местами определяются внутрисосудистые пролифераты из эндотелиальных клеток. Окраска: гематоксилин-эозин.

Увеличение: $\times 400$; В — лимфоидные фолликулы с реактивными центрами. Окраска: гематоксилин-эозин. Увеличение: $\times 40$

Figure 1. Proliferation of vessels in the lesion with polymorphic cell infiltration of the stroma:

A — infiltration of the stroma by lymphocytes, histiocytes, eosinophilic granulocytes. Improperly formed vessels with edematous endothelium are determined. Coloration: hematoxylin-eosin.

Magnification: $\times 400$; B — improperly formed vessels are lined with large edematous endothelial cells. In some places, intravascular proliferates from endothelial cells are determined. Coloration: hematoxylin-eosin.

Magnification: $\times 400$; C — lymphoid follicles with reactive centers. Coloration: hematoxylin-eosin. Magnification: $\times 40$

Определяются множественные неправильно сформированные толстостенные сосуды, выстланные отеками полиморфными (эпителиоидными) эндотелиальными клетками, имеющими крупные ядра, обильную эозинофильную цитоплазму, в некоторых клетках содержатся вакуоли. В стенках сосудов определяются гладкомы-

шечный и соединительнотканый компоненты. Вокруг лимфоидных фолликулов и пролиферирующих сосудов определяется инфильтрация из эозинофильных гранулоцитов. При иммуногистохимическом исследовании эндотелиальные клетки окрашиваются антителами к Vimentin, Smooth Muscle Actin, CD31, CD34 (рисунок 2).

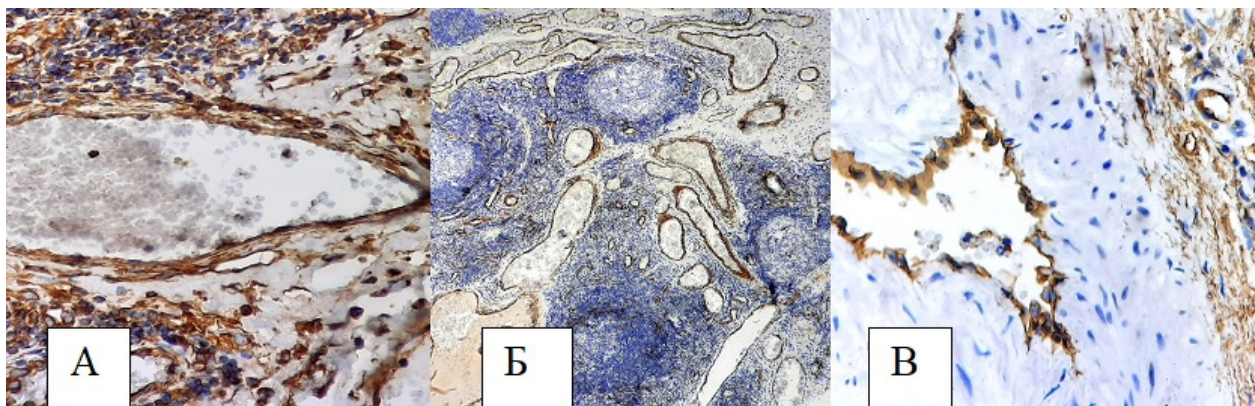


Рисунок 2. Результаты иммуногистохимических исследований:

А — иммуногистохимическая окраска с антителами к виментину (клон V9). Хромоген: диаминобензидин.

Контроль окраски: гематоксилин Майера. Увеличение: $\times 400$; Б — иммуногистохимическая окраска с антителами

к гладкомышечному актину (клон 1A4). Хромоген: диаминобензидин. Контроль окраски: гематоксилин Майера.

Увеличение: $\times 40$; В — иммуногистохимическая окраска с антителами к CD34 (клон QBEnd/10). Толстостенные сосуды, выстланные отеками эндотелиальными (эпителиоидными) клетками. Хромоген: диаминобензидин.

Контроль окраски: гематоксилин Майера. Увеличение: $\times 400$

Figure 2. Results of immunohistochemical studies:

A — immunohistochemical staining with antibodies to vimentin (clone V9). Chromogen: diaminobenzidine. Counter-staining:

Mayr's hematoxylin. Magnification: $\times 400$. B — immunohistochemical staining with antibodies to smooth muscle actin (clone 1A4).

Chromogen: diaminobenzidine. Counter-staining: Mayr's hematoxylin.

Magnification: $\times 40$. C — immunohistochemical staining with anti-CD34 antibodies (QBEnd/10 clone). Thick-walled vessels lined with edematous endothelial (epithelioid) cells. Chromogen: diaminobenzidine. Counter-staining: Mayr's hematoxylin. Magnification: $\times 400$

Заключение патогистологического исследования: эпителиоидная гемангиома / ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией. Заключение было подтверждено консилиумом патоморфологов в Республиканском научно-практическом центре онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова.

Через 1 месяц после операции пациент был осмотрен в поликлинике Гомельского областного клинического онкологического диспансера: жалоб нет, кожные покровы чистые. В затылочной области справа определяется послеоперационный рубец длиной 2,6 см. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Рекомендовано диспансерное наблюдение по месту жительства.

Заключение

Таким образом, болезнь АЛГЭ — это редкое заболевание, схожее с другим орфанным заболеванием — болезнью Кимуры. Однако между нозологическими формами есть важные различия: болезнь Кимуры — это иммуновоспалительное заболевание с лимфоидной гиперплазией, а АЛГЭ — сосудистая патология с разрастанием эндотелия.

Особенности данного клинического случая:

— редкая для нашего региона патология, требующая морфологической верификации с це-

лю дифференциальной диагностики с другими схожими заболеваниями, имеющими отличные от АЛГЭ течение и прогноз;

— атипичные клинические проявления (солитарное поражение глубоких отделов дермы и жировой клетчатки при отсутствии характерных для данного заболевания беспокоящих пациента кожных высыпаний и реактивной лимфоаденопатии);

— неоднозначность результатов выполненной пациенту компьютерной томографии (подозрение на прорастание новообразования в правый поперечный синус), что потребовало консультации, дообследования и хирургического лечения в учреждении четвертого (республиканского) уровня оказания медицинской помощи (при отсутствии таких подозрений операция с морфологическим исследованием удаленной опухоли могла быть выполнена и на более низком уровне оказания медицинской помощи);

— в связи с тем, что консервативное лечение АЛГЭ не разработано, а в некоторых случаях заболевание может сочетаться с периферической неспецифической Т-клеточной лимфомой кожи, пациенту рекомендовано диспансерное наблюдение в течение всей жизни, в том числе и с повторными биопсиями при рецидиве опухоли.

Список литературы / References

1. Kim WJ, Kim HK. Current concepts of Kimura disease: pathophysiology and evolution of treatment. *Arch Craniofac Surg*. 2022;23(6):249-255. DOI: <https://doi.org/10.7181/acfs.2022.01053>
2. Lee CC, Yu KH, Chan TM. Kimura's disease: A clinicopathological study of 23 cases. *Front Med (Lausanne)*. 2022;(9):1069102.
3. Чистякова И.А., Соснина Е.А., Манукьян Т.Е. Болезнь Кимуры: типичный случай редкого заболевания. *Клиническая дерматология и венерология*. 2011;9(1):21-25.
- Chistiakov IA, Sosnina EA, Manuk'ian TE. Kimura's disease: a typical case of a rare disease. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2011;9(1):21-25. (In Russ.).
4. Никитин А.А., Казанцева И.А., Спиридонова Н.З., Горбачева Ю.В., Стучилов В.А., Лапшин В.П. и др. Болезнь Кимуры (описание редкого наблюдения). *Альманах клинической медицины*. 2013;28. [дата обращения 2025 январь 18]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/bolezn-kimury-opisanie-redkogo-nablyudeniya>
- Nikitin AA, Kazantseva IA, Spiridonova NZ, Gorbachova YuV, Stuchilov VA, Lapshin VP, et al. Kimura's Disease ((description of a rare observation). *Almanac of Clinical Medicine*. 2013;28. [date of access 2025 January 18]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/bolezn-kimury-opisanie-redkogo-nablyudeniya> (In Russ.).
5. Панкратов В.Г., Панкратов О.В., Чудаков О.П., Недзведь М.К., Рогов Ю.И. и др. Случай ангиолимфоидной гиперплазии с эозинофилией (болезнь Кимуры) у женщины 80 лет. *Медицинские новости*. 2010;(12):72-75.
- Pankratov VG, Pankratov OV, Chudakov OP, Nedzved MK, Rogov Yul, et al. A case of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (Kimura disease) in an 80-year-old woman. *Medical news*. 2010;(12):72-75. (In Russ.).
6. H. Dhingra, R. Nagpal, A. Baliyan, S.R. Alva Kimura disease: case report and brief review of literature. *Med Pharm Rep*. 2019;92(2):195-199. DOI: <https://doi.org/10.15386/cjmed-1030>
7. Chang S-Y, Lee C-C, Chang M-L, Teng W-C, Hsiao C-Y, Yu H-H, et al. Comparison of Clinical Manifestations and Pathology between Kimura Disease and IgG4-Related Disease: A Report of Two Cases and Literature Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(23):6887. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm11236887>
8. Bishop C, Wilhelm A, Watley D, Olobatuyi F, Coblens O, Joshi R. Kimura Disease: A Rare and Difficult to Diagnose Entity. *Head Neck Pathol*. 2022;16(1):278-281. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12105-021-01359-9>
9. Lee CC, Feng IJ, Chen YT, Weng SF, Chan LP, Lai CS, et al. Treatment algorithm for Kimura's disease: A systematic review and meta-analysis of treatment modalities and prognostic predictors. *Int J Surg*. 2022;100:106591. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2022.106591>
10. Zhang G, Li X, Sun G, Cao Y, Gao N, Qi W. Clinical analysis of Kimura's disease in 24 cases from China. *BMC Surg*. 2020;20(1):1. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12893-019-0673-7>
11. Wang X, Ng CS, Yin W. A comparative study of Kimura's disease and IgG4-related disease: similarities, differences and overlapping features. *Histopathology*. 2021;79(5):801-809. DOI: <https://doi.org/10.1111/his.14428>

Информация об авторах / Information about the authors

Платошкин Эрик Николаевич, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 2 с курсом ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5803-835X>

e-mail: platoshkin@list.ru

Ачинович Сергей Леонидович, к.м.н., заведующий патологоанатомическим отделением, У «Гомельский областной клинический онкологический диспансер», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0977-5481>

e-mail: ser.achinowitch2017@yandex.ru

Eric N. Platoshkin, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Internal Medicine No.2 with the course of Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5803-835X>

e-mail: platoshkin@list.ru

Siarchei L. Achinovich, Candidate of Medical Sciences, Head of the Pathoanatomical Department, Gomel Regional Clinical Oncological Dispensary, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0977-5481>

e-mail: ser.achinowitch2017@yandex.ru

Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

Платошкин Эрик Николаевич

e-mail: platoshkin@list.ru

Eric N. Platoshkin

e-mail: platoshkin@list.ru

Поступила в редакцию / Received 16.01.2025

Поступила после рецензирования / Accepted 21.02.2025

Принята к публикации / Revised 14.08.2025